

إقتصاديات الصحة

سلسلة دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية
العدد الثاني والعشرون - أكتوبر/تشرين الأول 2003 - السنة الثانية

تقديم

إن إتاحة أكبر قدر من المعلومات والمعارف لأوسع شريحة من أفراد المجتمع، يعتبر شرطا أساسياً لجعل التنمية قضية وطنية يشارك فيها كافة أفراد وشرائح المجتمع وليس الدولة أو النخبة فقط. وكذلك لجعلها نشاطاً قائماً على المشاركة والشفافية وخاضعاً للتقييم وللمساءلة.

وتأتي سلسلة ***"جسر التنمية "*** في سياق حرص المعهد العربي للتخطيط بالكويت على توفير مادة مبسطة قدر المستطاع للقضايا المتعلقة بسياسات التنمية ونظرياتها وأدوات تحليلها بما يساعد على توسيع دائرة المشاركين في الحوار الواجب إثارته حول تلك القضايا حيث يرى المعهد أن المشاركة في وضع خطط التنمية وتنفيذها وتقييمها من قبل القطاع الخاص وهيئات المجتمع المدني المختلفة، تلعب دوراً مهماً في بلورة نموذج ومنهج عربي للتنمية يستند إلى خصوصية الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والمؤسسية العربية، مع الاستفادة دائماً من التوجهات الدولية وتجارب الآخرين.

والله الموفق لما فيه التقدم والإزدهار لأمتنا العربية،،،

د. عيسى محمد الغزالي
مدير عام المعهد العربي للتخطيط بالكويت

المحتويات

اقتصاديات الصحة

إعداد: د. علي عبد القادر علي

المقدمة:

استعرضت منظمة الصحة العالمية في تقريرها لعام 2000 تطور إستراتيجيات وسياسات بناء الأنظمة الصحية على مستوى العالم خلال القرن العشرين. هذا وقد عَرفت المنظمة الأنظمة الصحية بأنها تشتمل على كل المنظمات والمؤسسات والموارد التي تكرس لإنتاج أفعال صحية. بمعنى أنها: "كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية بالأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة". ولاحظت المنظمة بأن الأنظمة الصحية قد شهدت ثلاثة أجيال من الإصلاح.

إشتمل الجيل الأول على تأسيس أنظمة وطنية للرعاية الطبية وانتشار أنظمة الضمان الإجتماعي في الدول المتقدمة أولاً، ثم في الدول متوسطة الدخل ثم أخيراً في الدول النامية. وبحلول الستينيات عانت معظم الأنظمة الصحية التي تأسست في الأربعينات والخمسينات من عدة مشاكل كارتفاع التكلفة وعدم عدالة توزيع منافع الرعاية الصحية وسوء نوعية الخدمات الصحية التي تقدم للفقراء. وكانت بعض هذه المشاكل أكثر حدة في الدول الفقيرة.

على أساس هذه الصعوبات ظهرت الحاجة إلى تغيير جذري لجعل الأنظمة الصحية أكثر كفاءة وأكثر عدالة وأسهل منالاً. ومن ثم ظهر الإصلاح القاضي بتشجيع "الرعاية الصحية الأولية" كمرتكز للأنظمة الصحية. واستند هذا الإصلاح على ما حققته بعض الدول من نجاحات في تحقيق أهداف زيادة العمر المتوقع بحوالي 15 إلى 20 سنة في غضون فترة قصيرة نسبياً وبتكلفة متدنية للغاية، وذلك باعتمادها على توفير العناية الصحية الأولية لكل السكان. وقد تمثلت محاور هذه العناية في توفير مستوى أساسي من العناية الصحية ومستوى ملائم من الغذاء والتغذية ونشر التعليم وأنظمة مصادر المياه النظيفة وأنظمة الصرف الصحي لكل السكان، وكذلك بالتركيز على إجراءات الصحة العامة مقارنة بالعناية الطبية، وبالوقاية مقارنة بالعلاج وبتوفير الأدوية الأساسية وبتدريب وتعليم الناس بواسطة العاملين في مجال صحة المجتمع.

وعلى الرغم من الجهود الكبيرة التي بذلتها العديد من الدول لتدريب العاملين في صحة المجتمع، إلا أن المحصلة النهائية لتطبيق هذه الإستراتيجية، قد كانت الفشل جزئيا. وذلك بسبب نقص التمويل وقصور عملية تأهيل العاملين في الصحة خاصة وظائف الوقاية ونقص المعدات اللازمة وتدني مستوى الخدمة الصحية.

تعرف الأنظمة الصحية بأنها "كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية بالأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة".

وقد تعرضت مقاربة الرعاية الصحية الأولية لنقد أساسي بأنها لم تعر اهتماما إلى الطلب على الخدمات الصحية وإنما ركزت بشكل أساسي على جانب العرض. وظهر الجيل الثالث من

الإصلاح ليهتم بجانب الطلب. واستند هذا الجيل على ما تسميه منظمة الصحة العالمية "الشمولية الجديدة": والمقصود بها: تقديم خدمة أساسية عالية النوعية لكل شخص حيث عرفت النوعية على أساس مبدأ الكفاءة في التكلفة. ويركز الجيل الثالث من الإصلاح على التمويل العام أو التمويل الخاص المنظم والمراقب بواسطة الدولة دون أن يعني ذلك توفير الخدمة بواسطة الحكومة أو مؤسسات القطاع العام.

إرتكزت صياغة الأنظمة الصحية التي كانت سائدة قبل الجيل الثالث للإصلاح على أسس نظرية إقتصادية، كاتصاف الرعاية الصحية بصفة السلعة العامة، وأسس نظرية تنموية كالنظر إلى توفير خدمات الرعاية الصحية كأحد متطلبات التنمية على اعتبار أن مثل هذه الخدمات تشكل أحد مكونات الاحتياجات الأساسية. من جانب آخر، يمثل الجيل الثالث محاولة لاحترام جانب الطلب في توفير خدمات الرعاية الصحية على اعتبار أن سوق الرعاية الصحية من شأنه أن يعمل مثل بقية الأسواق.

أولا - سوق خدمات الرعاية الصحية:

مثله في ذلك مثل كل الأسواق يمكن النظر إلى سوق خدمات الرعاية الصحية من جانبي العرض والطلب على هذه الخدمات.

1 . الطلب:

في جانب الطلب على خدمات الرعاية الصحية، وكما هي العادة في أدبيات النظرية الإقتصادية، يتم إستكشاف محددات الطلب على هذه الخدمات في إطار نموذج مستهلك نمطي يتسم سلوكه بالرشاد الإقتصادي تحت الإفتراضات التالية:

- أن يكون لدى المستهلك النمطي إجمالي دخل ثابت ومستوى معين من المعرفة والتعليم.
- أن يتمكن المستهلك النمطي من التعبير عن تفضيلاته الاستهلاكية بواسطة دالة للمنفعة تكون معرفة على حالته الصحية، وسلعة إستهلاكية مجمعة. وتتصف الدالة بالخصائص المعروفة لمثل هذه الدوال فيما يتعلق بالمنفعة الحدية.
- أن يتم إنتاج الحالة الصحية للمستهلك النمطي بواسطة دالة للإنتاج يستخدم فيها مدخلات لإنتاج الصحة وتقنيات إنتاج الرعاية الصحية كمستوى التغذية وصحة البيئة وتتأثر بمستوى المعرفة المتوفر للمستهلك.
- أن تسود أسعار تنافسية للسلعة الاستهلاكية ولمدخلات إنتاج الحالة الصحية يأخذها المستهلك النمطي كمعطيات لا يستطيع التأثير عليها وحيث يمكن اعتبار سعر السلعة الاستهلاكية كمعيار للأسعار ومن ثم يمكن التعامل مع سعرها على أنه يساوي واحد. على هذا الأساس يواجه المستهلك النمطي قيداً للميزانية يعبر عنه بحيث لا يفوق إجمالي الإنفاق على السلع الاستهلاكية والخدمات الصحية الدخل الثابت.

على أساس هذه الإفتراضات يقوم المستهلك النمطي باتخاذ قراراته الاستهلاكية بتعظيم دالة المنفعة باختيار كمية السلعة الاستهلاكية وكميات مدخلات إنتاج الحالة الصحية وذلك في ضوء القيود التي تفرضها الموارد المتاحة له في شكل دخل ثابت ودالة إنتاج الحالة الصحية. وكما هو معروف يؤدي حل هذه المسألة إلى تعريف دوال الطلب للسلعة الاستهلاكية، ومدخلات إنتاج الحالة الصحية كدوال في معطيات النموذج: أسعار مدخلات إنتاج الحالة الصحية، ومعطيات

دوال إنتاج الحالة الصحية وإجمالي الموارد المتاحة والحالة التعليمية. وعلى هذا الأساس يمكن تعريف منحنى الطلب على خدمات الرعاية الصحية على المستوى النظري كعلاقة بين الكميات المطلوبة فيها وسعر الخدمة.

شهدت الأنظمة الصحية ثلاثة أجيال من الإصلاح ركز الأول على إنشاء الأنظمة الوطنية والثاني جعلها اكثر كفاءة وعدالة، والثالث على الطلب على الخدمات الصحية.

2 . العرض:

يلاحظ فيما يتعلق بجانب عرض الخدمات الصحية أن تقنيات إنتاج الخدمات الصحية تشتمل على مدخل العمل في شكل أطباء وكوادر طبية وكوادر طبية مساعدة بالإضافة إلى عوامل إنتاج وسيطة ورأس المال. وفي هذا الصدد يلاحظ أن الأطباء بمختلف تخصصاتهم يقومون بتوفير المعلومات والإرشادات للأفراد حول طبيعة حالتهم الصحية، وعن أثر مختلف طرق العلاج عليهم، والقيام بتوفير خدمات العلاج كالجراحة وكتابة الوصفات الطبية. كذلك يلاحظ أن الأطباء عادة ما يشكلون نسبة متدنية من قوة العمل المنخرطة في توفير الخدمات الصحية إذ يتطلب توفير هذه الخدمات أعدادا كبيرة من الكوادر الطبية والمساعدة من الممرضات والإداريين والصيادلة والكتبة، وينطوي عمل هؤلاء على جوانب مكملة وأخرى محلة لعمل الأطباء. من جانب آخر، تلعب الإمدادات الطبية، كالأدوية والمعدات الطبية والمعدات الرأسمالية، دوراً مهماً في إنتاج الخدمات الصحية. وتتصف تقنية إنتاج الخدمات الصحية بقدر من الإحلال بين العمل ومثل هذه الإمدادات الطبية، إلا أن بعض المدخلات لا يتوفر لها بدائل كالأدوية مثلا. وبالرغم من أهمية المدخلات الرأسمالية في عملية إنتاج العناية الصحية، إلا أنها تشكل نسبة متدنية من تكلفة إنتاج الخدمات الصحية في المستويات الأولية للرعاية الصحية.

في إطار هذه العلاقات الفنية لإنتاج الخدمات الصحية يمكن النظر إلى محددات عرض الخدمات الصحية من خلال التعرض للحوافز الإقتصادية والاجتماعية التي تدفع مختلف الإطراف للقيام بأعمالهم في هذا المجال. وفي هذا الصدد يُمكن النظر للأطباء على أنهم يقومون بتقديم خدماتهم كعمالة ماهرة تحفزها تركيبة الأجور في الإقتصاد وتسعى لتعظيم دالة منفعة تقليدية معرفة على الدخل (الإستهلاك) وعلى الوقت المتاح للراحة والاستجمام. من جانب آخر، ولأنهم يتوفرون على معرفة متخصصة حول تقنيات إنتاج الرعاية الصحية، يُمكن النظر إليهم كمنظمين أو إداريين للعملية الإنتاجية، ومن ثم فإن معدل الربح في مجال تقديم الخدمات الصحية سيكون من أهم الحوافز الإقتصادية التي تستند عليها عملية اتخاذ القرارات بواسطة الأطباء.

ويسبق كل هذه الأدوار، والقرارات التي تتخذ حيالها بواسطة الأطباء، القرار الإبتدائي حول دراسة الطب ليصبح الفرد طبيباً، وهو قرار أخذ يعرف بالإستثمار في رأس المال البشري حيث تركز نماذج رأس المال البشري على قرارات الإستثمار في رأس المال البشري بواسطة الأفراد وذلك بالإستناد على الافتراضات التالية:

- أن طول فترة التدريب، أو التعليم، هي المصدر الأساسي للتفاوت في دخول العمال وأن التدريب يرفع إنتاجية العامل، إلا أن التدريب يتطلب تأجيلاً للدخل لفترة مستقبلية.
- يتوقع الأفراد، عند اتخاذ القرار بالتدريب، الحصول على دخول أعلى في المستقبل تعوض تكلفة التدريب.
- يفترض أن تقتصر تكلفة التدريب على التكلفة البديلة بمعنى الدخل الذي كان سيحصل عليه الفرد إذا لم يلتحق بمؤسسات التدريب.

- يفترض إلا يقوم الأفراد باتخاذ قرار التدريب في المستقبل بعد إنقضاء فترة التدريب الأولى وأن يظل تدفق الدخل المستقبلي بعد نهاية فترة التدريب الأولى ثابتاً خلال الفترة العملية.
- يفترض ثبات سعر الفائدة الذي يستخدمه الأفراد في حسم التدفقات المستقبلية.

على أساس هذه الافتراضات، وفي إطار التوازن التنافسي، فسيكون توزيع دخول العمال بحيث تتساوى القيمة الحاضرة للتدفقات المستقبلية، وذلك لخياري الإنخراط في التعليم وعدم الإنخراط، بعد حسم التدفقات المستقبلية بسعر الفائدة التنافسي، عند وقت اتخاذ قرار الإستثمار في التدريب أو التعليم. ويترتب على مثل هذا التحليل أن عرض الأطباء يعتمد على هيكل التكلفة البديلة للدراسة وعلى أسعار الفائدة السائدة في الإقتصاد.

يتم استكشاف الطلب على خدمات الرعاية الصحية، في إطار نموذج مستهلك نمطي يتسم سلوكه بالرشاد الإقتصادي

وعلى أساس مثل هذه الصياغة النمطية لسلوك الأفراد، وبافتراض أن حافز منتجي خدمات الرعاية الصحية يتمثل في تعظيم أرباحهم بالطريقة التقليدية، يمكن التعامل مع سوق خدمات الرعاية الصحية على أساس التحليل الإقتصادي المعروف حيث تتحدد الكمية التوازنية لخدمات الرعاية الصحية التي يرغب الأفراد في الحصول عليها والتي يرغب المنتجون في توفيرها بتقاطع منحنيات الطلب والعرض. في مثل هذا التحليل يتوقع أن تعمل آلية السوق لتحقيق كفاءة تخصيص الموارد في سوق خدمات الرعاية الصحية مثلها في ذلك مثل بقية أسواق السلع والخدمات في الإقتصاد. هذا وتستند مثل هذه الصياغة النمطية للأسواق على عدد من الإفتراضات الهامة، التي استخدمت للحصول على منحنيات الطلب والعرض التي تعرف السوق في النظرية الإقتصادية، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- أن هنالك عددا كبيرا من المنتجين لخدمة الرعاية الصحية يسعى كل واحد منهم لتعظيم فائدته كما يعبر عنها ربحه دون أن يكون له تأثير على أسعار الخدمات المقدمة أو أسعار مدخلات الإنتاج.
- أن خدمة الرعاية الصحية التي يتم عرضها في السوق تتسم بالتجانس بمعنى مطابقة مواصفات كل وحدة منها للوحدة الأخرى.
- أن المستهلكين يمتلكون المعلومات الكاملة عن أسعار ونوعية وجودة خدمات الرعاية الصحية.
- أن المستهلكين يقومون بمقابلة تكلفة السلعة التي يقومون باستهلاكها بمعنى دفع السعر الذي يحدده السوق.

وتختلف سوق خدمات الرعاية الصحية عن الأسواق النمطية للنظرية الإقتصادية في أن معظم هذه الافتراضات لا يتحقق. ففي جانب الطلب عادة ما تسود حالة عدم المعرفة وغياب المعلومات حول الحالة الصحية للفرد وذلك لاتصاف مثل هذه المعرفة بالخصوصية التي تتطلب تدريباً طويلاً بتكلفة عالية، ولغياب المعلومات أيضا حول تركيبة الأسعار السائدة ومدى تعبيرها عن جودة الخدمة المقدمة، وحول طبيعة العلاج الملائم للحالة المرضية. كذلك تسود حالة من عدم التيقن حول الحالة الصحية للأفراد مما يعني أن عملية اتخاذ القرار لا تتم في بيئة من اليقين بتفضيلات المستهلك وإنما تعتمد على احتمالات حدوث مختلف الحالات الصحية. وفي جانب العرض عادة ما يتم تقديم خدمات الرعاية الصحية من خلال منافذ محدودة تتسم معظمها

بمظاهر الاحتكار، بمعنى إمكانية التحكم في الأسعار، سواء أكان ذلك بالنسبة للمستشفيات الكبرى أو المراكز الصحية أو العيادات الخاصة. كذلك ينعدم حافز الربح لدى المستشفيات الحكومية الكبرى. بالإضافة إلى ذلك تتعدد الوصفات العلاجية بتعدد الحالات المرضية مما يعني انعدام صفة التجانس. كذلك تتوفر لدى الأطباء معلومات فنية تتحدد على أساسها نوعية الخدمة المقدمة ولا تتوفر هذه المعلومات للأفراد المستهلكين. وعادة ما تلخص هذه الإختلافات بين الأسواق النمطية وسوق الخدمات الرعاية الصحية في ملاحظة أن الثاني يتصف بعدم كمال المعلومات وعدم كمال التنافس. وفي ظل هذه الخصائص عادة ما تفشل آلية السوق في تحقيق كفاءة تخصيص الموارد ومن ثم في تعظيم رفاه الفرد، الأمر الذي يستدعي تدخل الدول.

ملخص الإختلافات بين الأسواق التنافسية النمطية
وسوق الرعاية الصحية

الأسواق التنافسية النمطية	سوق خدمات الرعاية الصحية
عدد كبير من المنتجين	عدد محدود من المستشفيات والعيادات (خارج المدن الكبيرة)
حافز تعظيم الربح	معظم المستشفيات لا تعتمد حافز الربح
تجانس السلع	عدم تجانس الخدمات
كمال المعلومات لدى المستهلكين ومعرفتهم	عدم معرفة المستهلكين الكاملة بالمعلومات ذات العلاقة
مقابلة التكلفة للسلعة المستهلكة	مقابلة جزء من تكلفة الخدمة

ثانيا - إخفاق آلية السوق ودور الدولة:

تعتبر سياسات الدولة في مجال العناية الصحية ناجحة إذا ترتب عليها زيادة في رفاه المجتمع من خلال تحسن الأحوال الصحية أو ازدياد درجة عدالة توزيع الخدمات الصحية، أو ازدياد قناعة المستهلكين بما يقدم لهم، أو انخفاض تكلفة الخدمات الصحية مقارنة بحالة عدم تدخل الدولة. ويلاحظ في هذا الصدد أن السعي نحو تحقيق أي من هذه الأهداف لا يستدعي بالضرورة تدخل الدولة ومن ثم لا بد من وجود مبررات أخرى توضح أن الدولة من شأنها تحقيق بعض هذه الأهداف بطريقة أفضل من تلك التي تتأتى بواسطة القطاع الخاص وعمل آلية السوق.

تشتمل مثل هذه المبررات على ثلاث مجموعات من الإعتبارات، تستند المجموعة الأولى إلى هدف الإقلال من الفقر وتحقيق درجة عدالة أكبر في توزيع الخدمات الصحية بين الفقراء والأغنياء بينما تتعلق المجموعتين الأخريين بإخفاق آلية السوق والتي تتأتى من جراء اتصاف بعض الخدمات الصحية بخاصية السلع العامة وكذلك وجود ما يسمى بالتأثيرات الخارجية.

تلخص الإختلافات بين الأسواق النمطية وسوق الخدمات الرعاية الصحية في أن الثاني يتصف بعدم كمال المعلومات وعدم كمال التنافس.

وكما هو معروف فإن من أهم خواص السلع العامة أن استخدامها والإستفادة منها بواسطة فرد لا تحرم فرداً أخراً من استخدامها والإستفادة منها وعادة ما يتطلب توفير مثل هذه السلع إستثمارات

كبيرة بتكلفة إنتاج مرتفعة دون أن تتوفر لها أسعار كالسلع الخاصة لانعدام الأسواق. هذا وتتميز عدد من التدخلات العامة في الصحة بخاصية السلع العامة. مثال مكافحة الأمراض المستوطنة والمعدية كالملاريا والتوعية الصحية والإكتشافات العلمية. هذا ويتطلب توفير مثل هذه التدخلات تحليلاً دقيقاً للمنافع الصحية مقارنة بالتكلفة لأن الأسعار لا توفر المعلومات المطلوبة حول قيمة مثل هذه التدخلات لانعدام الأسواق التي توفرها.

من جانب آخر، يقصد بالتأثيرات الخارجية تدفق المنافع أو الأضرار من شخص لآخر وذلك في إطار السلوك الراشد للأفراد بمعنى سعيهم نحو تحقيق منافعهم كما تعبر عنها دوال تفضيلاتهم أو دوال ربحهم. وفي مثل هذه الحالة يمكن للأسواق أن تعمل إلا أنها ربما قامت بعرض زائد أو عرض ناقص من السلعة أو الخدمة. فعلى سبيل المثال، فإن علاج السل يقلل من خطر العدوى للآخرين، فإذا لم يؤخذ ذلك في الاعتبار فربما ترتب على ذلك أسعاراً أعلى ومعالجة أقل بواسطة الأسواق.

وبعد، كيف تخفق سوق الخدمات الرعاية الصحية؟ للإجابة على هذا السؤال يلاحظ أن مختلف الأفراد يواجهون درجات مخاطر مختلفة للتعرض للأمراض الأمر الذي يعني أن الطلب على خدمات الرعاية الصحية يتم في بيئة لا يقينية مما يعني بدوره إمكانية تطور أسواق للتأمين الصحي. وفي إطار مثل هذا السوق فإن الأفراد الذين يعلمون بأن درجة مخاطرهم مرتفعة سيكون لديهم حافزاً لشراء بوليصة تأمين واستخدام ما توفره، ذلك إذا وجدت أسواق للتأمين الصحي. وفي جانب عرض خدمات التأمين الصحي فإنه من مصلحة شركات التأمين أن تبحث عن الأفراد ذوي المخاطر المرتفعة لاستبعادهم من خدماتها أو لرفع الأسعار لمقابلة إرتفاع درجات مخاطرهم. إن إرتفاع الأسعار لكل العملاء من شأنه أن يخفض الطلب على التأمين بواسطة الأفراد ذوى المخاطر المتدنية مما يتسبب في إرتفاع الأسعار مرة أخرى. وهكذا دواليك إلى أن يصبح الطلب على خدمات التأمين الصحي صفراً على الرغم من وجود حاجة للعلاج.

من جانب آخر، يترتب على التأمين إنخفاض التكلفة الحدية للعناية الصحية للفرد الأمر الذي عادة ما يؤدي إلى استخدام أكثر بواسطة الفرد للخدمات الصحية مقارنة بحالة مقابلة التكلفة الحدية الحقيقية. كذلك يؤثر التأمين على سلوك الفرد فيما يتعلق بعنايته بصحته مما قد يزيد من التعرض للأمراض ومن ثم زيادة الطلب على الخدمات الصحية، أو ربما زادت عنايتهم بصحتهم ولكن عن طريق استخدام أكثر كثافة للخدمات الصحية التي يوفرها نظام التأمين. تعرف حالة تحويل التكلفة لشركة التأمين على أنها "مخاطرة أخلاقية" أو "مجازفة أخلاقية"، وتنشأ هذه الحالة بسبب "عدم التيقن" أو بسبب عدم قدرة شركة التأمين على مراقبة سلوك الأفراد وفرض السلوك المسؤول عليهم. كذلك تنشأ المجازفات الأخلاقية عندما يقوم من يوفر خدمة الرعاية الصحية بتحفيز طلب إضافي على الخدمة بواسطة المستهلكين كما تفعل العيادات والمستشفيات الخاصة عندما تتم التوصية بالبقاء في المستشفى لفترة زمنية أكثر مما هو مطلوب لتلقي العلاج أو التوصية بعمل اختبارات معملية إضافية لا تكون بالضرورة مطلوبة للعلاج.

يتوقع الأفراد الذين يتمتعون بالتأمين الصحي أن يكون لديهم حافزاً لطلب زائد على الخدمات الصحية بأسعار مرتفعة. مما يترتب عليه إنتاج الخدمة الصحية بكميات أكبر من الحاجة الحقيقية. ونظرا لصعوبة تقييم المخاطر الصحية لكل فرد واستحالة تقدير قيمة الحياة يصبح من المستحيل تقدير ما هو زائد عن الحاجة من التأمين الصحي والعناية الصحية. كما أنه ليس هنالك ضمان من أن تؤدي زيادة أسعار الخدمات الصحية أو التأمين الصحي إلى إنقاص ما هو طلب زائد عن الحاجة.

في ظل خصائص سوق الخدمات الصحية عادة ما تفشل آلية السوق في تحقيق كفاءة تخصيص الموارد ما يستدعي تدخل الدول.

تتعقد الصورة أكثر نتيجة للإخفاق في تدفق المعلومات. فهنالك تباين في توفر المعلومات عن الأحوال الصحية للأفراد وطرق علاجها. فالمستهلك في هذه الحالة لا يعرف شيئاً بالتحديد بينما يتوفر الأطباء على معرفة فنية دقيقة. ويترتب على هذه الأحوال تضارب في المصالح بين الحوافز المتوفرة للطبيب في عرضه لخدماته وما يمليه عليه الواجب تجاه مرضاه.

بالإضافة إلى ما سبق يمكن أن يفشل سوق خدمات العناية الصحية نتيجة للتنافس غير الكامل بواسطة مقدمي هذه الرعاية مما يترتب عليه أرباحاً إضافية، واستخداما غير كفء للموارد، ونوعية رديئة من الخدمة، ونقص في المعروض من الخدمات، وكذلك الحال بالنسبة للوفورات التي تترتب على كبر حجم الإنتاج بواسطة المستشفيات مما يضعف من حالة التنافسية.

ثالثا - مؤشرات الحالة الصحية (شواهد تجريبية) :

ينطوي التعريف النظري للحالة الصحية للفرد على إشكاليات مفهومية تعيق تطبيق النموذج النمطي للمستهلك ومن ثم تعيق تعريف منحنى الطلب على خدمات الرعاية الصحية، وقد تم تطوير عدد من المؤشرات التجميعية لتعريف الحالة الصحية لمختلف الأقطار. تشتمل أهم هذه المؤشرات على ما يلي:

- معدل وفيات الرضع: وهو عدد الوفيات سنوياً من الرضع الذين تقل أعمارهم عن سنة، لكل ألف طفل يولدون أحياء. والمعدل يعبر عن احتمال الوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة واكتمال السنة الأولى من العمر بالضبط مضروباً في ألف.

- معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة: وهو متوسط العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ألف يولدون أحياء خلال السنوات الخمس السابقة. والمعدل يعبر عن احتمال الوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة واكتمال السنة الخامسة من العمر بالضبط مضروباً في ألف. وتعتبر منظمة اليونيسيف هذه المعدل من أهم المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية.

- العمر المتوقع عند الولادة: وهو عدد السنوات التي من المتوقع أن يحياها الطفل حديث الولادة في حالة إستمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته.

- نسبة الإنفاق الصحي: وهو الإنفاق على المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات وخطط التأمين الصحي وتنظيم الأسرة منسوباً إلى إجمالي الإنفاق الحكومي أو الناتج المحلي الإجمالي.

- الحصول على الخدمات الصحية: وهو النسبة المئوية للسكان الذين يمكنهم الحصول على الخدمات الصحية المحلية الملائمة سيراً على الأقدام أو باستخدام وسائل الإنتقال المحلية فيما لا يزيد عن ساعة.

تختلف المؤسسات الدولية المعنية فيما بينها في استخدام هذه المؤشرات. فعلى سبيل المثال تعتمد منظمة اليونسيف معدل وفيات الأطفال كمؤشر للحالة الصحية للأقطار بينما تعتمد منظمة الصحة العالمية العمر المتوقع عند الولادة كمؤشر بعد تعديله ليأخذ في الإعتبار المعلومات المتوفرة حول البيئة الصحية وتاريخ الأمراض. هذا وقد درجت الأدبيات التطبيقية على استخدام مؤشرات الوفيات لاستكشاف أهم العوامل المحددة للحالة الصحية على مستوى الأقطار حيث تم تقدير نموذج للإنحدار باستخدام لوغاريتم معدل وفيات الأطفال كمتغير معتمد ومتوسط دخل الفرد ونصيب الإنفاق العام في قطاع الصحة من الناتج المحلي الإجمالي كأهم المتغيرات المفسرة بالإضافة إلى متغيرات أخرى. تضمنت ما يلي:

- تعليم المرأة: إستناداً على الشواهد التطبيقية المستندة على مسوح الأسرة والمسوح المتخصصة والتي وأضحت أن الأمهات اللاتي تلقين تعليم ثانوي عادة ما يكون معدل وفيات أطفالهن حوالي 36% أقل من مثيلاتهن اللاتي تلقين تعليماً أولياً.

- حالة توزيع الدخل: كما يلخصها معامل جيني لتوزيع الدخل حيث وجد أنه بعد التحكم في مستويات تعليم المرأة ومستوى الدخل، فإن مرونة معدل وفيات الرضع بالنسبة لمعامل جيني تبلغ حوالي 0.77 مما يعني أن توزيعاً أقل عدالة للدخل يؤدي على ازدياد في معدل وفيات الرضع وتدني الحالة الصحية في الإقتصاد.

- الديانة الغالبة: وهو عامل دمية يأخذ قيمة واحد صحيح إذا كانت الديانة الغالبة في القطر هي الإسلام وصفر غير ذلك. هذا وقد إستند تضمين هذا العامل على الملاحظة التطبيقية القائلة بأنه "ليس هنالك من بين الأقطار التي كان أداؤها في مجال وفيات الرضع متميزاً أي من الأقطار الإسلامية بينما وجد عدد كبير من الأقطار الإسلامية بين تلك التي كان أداؤها رديئاً فيما يتعلق بوفيات الرضع".

قد يخلق التأمين الصحي طلبا زائدا على الخدمات الصحية بأسعار مرتفعة، ما يؤدي إلى إنتاج الخدمة الصحية بكميات أكبر من الحاجة الحقيقية.

- التباين العرقي واللغوي: وهو عامل معرف على احتمال أن يتحدث أي شخصين، يتم اختيارهما عشوائياً من سكان قطر معين، لغة محلية واحدة. ويعتقد أن مؤشر مرتفع للتباين العرقي واللغوي عادة ما يرتبط بمستويات متدنية من الحالة الصحية أو الإنجازات التنموية عموماً.

تم تقدير النموذج لعينة من الدول بلغ حجمها 98 حسب توفر المعلومات حول معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من مصادر اليونيسيف والبنك الدولي وحيث استخدمت طريقة المربعات الصغرى العادية لتقدير النموذج. ويلخص الجدول التالي هذه النتائج حيث الأرقام بين الأقواس هي قيمة ت – الإحصائية:

الجدول رقم (1):
محددات الحالة الصحية: تفسير معدل وفيات الأطفال

	المتغير المفسر	لوغاريتم معدل وفيات الأطفال
1	لوغاريتم الناتج المحلي الإجمالي	- 0.611 (9.7)
2	لوغاريتم نصيب الإنفاق العام في قطاع الصحة من الناتج المحلي	- 0.135 (1.78)
3	متوسط سنوات الدراسة للمرأة	- 0.093 (3.54)
4	معامل جيني (نسبة مئوية)	0.008 (1.28)
5	الديانة الغالبة (متغير دمية = البلاد الإسلامية)	0.450 (3.18)
6	مؤشر التباين العرقي اللغوي	0.549 (3.43)
7	نسبة الحضر (التحضر)	0.001 (0.459)
8	دمية للأقطار الإستوائية	- 0.051 (0.549)
9	توفر مصادر المياه الصالحة للشرب	- 0.001 (0.606)
معامل التحديد (%)		94.69
عدد المشاهدات		98

المصدر: فيلمر وهامر وبريتشيت (1997).

يمكن تلخيص هذه النتائج فيما يلي:

أ- تؤثر المرحلة التنموية للقطر، حسبما يقيسها متوسط دخل الفرد، بطريقة معنوية في الحالة الصحية للقطر حسبما يقيسها معدل وفيات الأطفال وحيث تبلغ مرونة معدل وفيات الأطفال بالنسبة لمتوسط دخل الفرد سالب 0.6 . ويعني ذلك أن نمو متوسط دخل الفرد بنقطة مئوية يعني إنخفاض معدل وفيات الأطفال بحوالي 0.6 نقطة مئوية، أو أن الإختلاف بين الأقطار فيما يتعلق بدخل الفرد يتوقع أن ينعكس في اختلاف في معدل وفيات الأطفال بحيث يكون القطر ذي الدخل المرتفع أقل معدلاً لوفيات الأطفال بهامش نسبي يبلغ 0.6. وتُترجم هذه النتيجة التطبيقية المستقرة في مقولة أن من هم "أكثر ثراء هم أكثر صحة وعافية". ويلاحظ في هذا الخصوص أنه ليس هنالك ما يؤيد التخوف من أن تكون هنالك حالة سببية عكسية بين معدل وفيات الأطفال ومتوسط دخل الفرد.

تحسنت الحالة الصحية في الوطن العربي تحسناً ملحوظاً خلال الفترة من 1960 إلى 2000 استنادا إلى عدد من المؤشرات المتعارف عليها

ب- يؤثر تعليم المرأة إيجابياً في الحالة الصحية للقطر بحيث تؤدي زيادة سنة واحدة لمتوسط تعليم المرأة إلى إنخفاض معدل وفيات الأطفال بحوالي 9.3% مما يعني، مثلاً، أن ازدياد مستوى تعليم المرأة بحوالي 4 سنوات (من المتوسط الحالي والذي يبلغ

5 سنوات لعينة الأقطار) سيترتب عليه إنخفاض في معدل وفيات الأطفال بحوالي 37.2% (من متوسط 88 في الألف إلى 55 في الألف).

ت- تتصف البلدان الإسلامية بمعدل أعلى لوفيات الأطفال يبلغ حوالي 45% من المتوسط للدول الأخرى المشمولة بالعينة (ويلاحظ أن هذه النتيجة لا تتأتى في حالة معدل وفيات الرضع).

ث- يؤثر التباين العرقي واللغوي بطريقة مغزوية إحصائياً على الحالة الصحية في القطر بحيث تؤدي المستويات المرتفعة للتباين إلى إرتفاع معدل وفيات الرضع. فعلى سبيل المثال فإن إرتفاع مؤشر التباين العرقي من حوالي 0.07 يرتبط بارتفاع معدل وفيات الأطفال بحوالي 35%.

ج- لا تؤثر كل من عوامل توزيع الدخل ومعدل التحضر والموقع الجغرافي للقطر وتوفر مصادر المياه الصالحة للشرب بطريقة مغزوية إحصائياً على معدل وفيات الأطفال.

رابعا ـ الحالة الصحية في الدول العربية:

توضح المعلومات أن الحالة الصحية في الوطن العربي قد تحسنت تحسناً ملحوظاً خلال الفترة من 1960 إلى 2000 وذلك على أساس أهم المؤشرات المستخدمة في هذا المجال والتي يرصدها الجدول رقم (2):

1. العمر المتوقع للحياة:

إرتفع متوسط العمر المتوقع للحياة في مجموعة الدول العربية من حوالي 54 سنة كمتوسط للفترة 1970-1975 إلى حوالي 66 سنة كمتوسط للفترة 1995-2000 ويلاحظ في هذا الصدد أنه خلال الفترة الأولى كان هنالك ست دول عربية قل فيها العمر المتوقع للحياة عن متوسط الدول العربية واشتملت هذه الدول على جيبوتي (بعمر متوقع بلغ 41 سنة كأدنى عمر متوقع)، واليمن، وموريتانيا والسودان، وجزر القمر وعُمان. هذا وقد سجلت الكويت أعلى عمر متوقع خلال هذه الفترة بلغ 67 سنة.

جدول رقم (2):
معلومات الحالة الصحية في الوطن العربي خلال الفترة من 1960 إلى 2000

	توقع الحياة	توقع الحياة	وفيات الأطفال معدل		معدل الوفيات الرضع	
حالة صحية جيدة	1970-1975	1995-2000	1960	2000	1960	2000
الكويت	67.3	75.9	128	13	89	9
البحرين	63.5	72.9	203	11	130	7
قطر	62.6	71.7	239	19	145	14
الإمارات العربية	62.5	74.9	223	10	149	8
حالة صحية متوسطة						
ليبيا	52.9	70.0	270	32	159	26
السعودية	53.9	71.4	292	23	170	18
لبنان	65.0	69.9	85	30	65	25
عمان	49.0	70.9	280	22	164	17
الأردن	56.6	70.2	139	30	97	25
تونس	55.6	69.5	254	30	170	26
الجزائر	54.5	68.9	255	39	152	33
سوريا	57.0	68.9	201	29	136	24
مصر	52.1	66.3	282	52	189	42
المغرب	52.9	66.6	220	60	135	47
العراق	57.0	62.4	171	121	117	93
جزر القمر	48.9	58.8	265	80	200	60
حالة صحية متدنية						
السودان	43.7	55.0	210	115	125	81
موريتانيا	43.5	53.5	310	164	180	101
اليمن	42.1	58.0	340	95	220	76
جيبوتي	41.0	50.4	289	178	186	115
الدول العربية	54.1	66.3	232.8	58	148.9	42

المصدر: البنك الدولي (2002).

2. معدل وفيات الأطفال دون الخامسة:
إنخفض متوسط المعدل للدول العربية من حوالي 233 وفاة لكل ألف طفل دون الخامسة في عام 1960 إلى حوالي 58 في عام 2000. ويلاحظ في هذا الصدد أنه في عام 1960 كان هنالك إحدى عشر دولة عربية فاق معدلها متوسط المعدل للدول العربية واشتملت هذه الدول على اليمن (بأعلى معدل لوفيات الأطفال بلغ 340 وفاة لكل ألف طفل)، وموريتانيا، والسعودية ، وجيبوتي، ومصر، وعُمان، وليبيا، وجزر القمر، والجزائر، وتونس. هذا وسجلت لبنان أدنى معدل، بمعنى أحسن حالة صحية، بلغ 85 وفاة لكل ألف طفل دون سن الخامسة. وفي عام 2000، ومع إنخفاض المتوسط للدول العربية إلى 58 وفاة لكل ألف طفل دون سن الخامسة، بلغ عدد الدول العربية التي قل معدلها عن المتوسط 13 دولة اشتملت على: الإمارات (بمعدل بلغ 10 وفيات لكل ألف طفل دون سن الخامسة كأدنى معدل وأحسن حالة صحية)، والكويت، وعُمان وقطر، والبحرين، وليبيا، والسعودية، وسوريا وتونس، ولبنان، والأردن، والجزائر ومصر.

تعرف الحالة الصحية من خلال عدة مؤشرات تجميعية أهمها معدل وفيات الرضع والعمر المتوقع عند الولادة

3. معدل وفيات الرضع:
إنخفض متوسط المعدل للدول العربية من حوالي 149 في الألف لعام 1960 إلى حوالي 42 في الألف لعام 2000. ويلاحظ في هذا الصدد أنه في عام 1960 كان هنالك عشر دول عربية اتسمت حالتها الصحية بالتدني بحيث فاق معدل وفيات الرضع فيها متوسط المعدل للدول العربية واشتملت هذه الدول حسب إرتفاع المعدل على: اليمن (بأعلى معدل بلغ 220 في الألف)، وجزر القمر، ومصر، وجيبوتي، وموريتانيا، والسعودية وتونس، وعُمان، وليبيا، والجزائر. هذا وسجلت لبنان أدنى معدل، بمعنى أحسن الأحوال الصحية، بلغ 65 وفاة لكل ألف مولود تليها الكويت. وفي عام 2000، مع إنخفاض المتوسط للدول العربية إلى 42 وفاة لكل ألف طفل رضيع، بلغ عدد الدول العربية التي قل معدلها عن المتوسط 12 دولة اشتملت على: البحرين (بمعدل بلغ 7 وفيات لكل ألف رضيع كأدنى معدل وأحسن حالة صحية)، والإمارات العربية، الكويت وكل من عُمان وقطر، والبحرين، وليبيا، والسعودية، وتونس، وسوريا، ولبنان، والأردن، والجزائر.

خامسا - ملاحظات ختامية:

يتضح من الإستعراض المكثف للحالة المعرفية في مجال إقتصاديات الصحة أن سوق خدمات الرعاية الصحية يختلف اختلافا بيناً عن الأسواق النمطية التي تفترضها النظرية الإقتصادية وذلك لعدم توفر الإفتراضات الأساسية التي تفترضها النظرية في جانبي الطلب والعرض لهذا السوق. هذا ولعله واضح أن إدراك ظاهرة إخفاق آلية السوق في هذا المجال قد أثرت في صياغة الأنظمة الصحية التي تبلورت خلال القرن العشرين من مرحلة توفير خدمات الرعاية الصحية باعتبار أن مثل هذه الخدمات تتصف بصفة السلع العامة وعلى اعتبار أن هنالك تأثيرات خارجية قوية، إلى مرحلة توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية باعتبار أن مثل هذه الخدمات تشكل أحد أهم مكونات الإحتياجات الأساسية التي تعرف رفاه الأفراد في إطار إقتصاديات التنمية وبهدف الوصول إلى الفقراء والشرائح السكانية الضعيفة.

هذا وقد حاول الجيل الثالث من إصلاح الأنظمة الصحية العناية بجانب الطلب في توفير خدمات الرعاية الصحية وذلك بهدف جعل هذه الأنظمة تستجيب لرغبات المستهلكين. وعلى الرغم من أن هذا الإصلاح يرمي إلى فرض سيادة آلية السوق في تخصيص الموارد في مجال العناية الصحية وذلك عن طريق خلق سوق للتأمين الصحي ليقف خلف سوق خدمات الرعاية الصحية، إلا أن إعتبارات عدالة توزيع هذه الخدمات سيظل يفرض دوراً للدولة في توفير مثل هذه الخدمات.

مراجع أجنبية مختارة

Filmer, D., Hammer, J., and L. Pritchett, (1997), "Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain"; World Bank, www.worldbank.org.

Gupta, S., Verhoeven, M., and E. Tiongson, (2001), "Public Spending on Health Care and the Poor"; Working Paper no. WP/01/127, IMF, www.imf.org.

Hammer, J., (1997), "Economic Analysis for Health Projects"; World Bank Research Observer, vol. 12, no. 1.

Hsiao, W., (2000), "What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy? A Primer"; Working Paper no. WP/00/136, IMF, www.imf.org.

Pritchett, L., and L. Summers, (1996), "Wealthier is Healthier"; Journal of Human Resources, vol. 31, no. 4.

UNICEF, (2002), The State of the World's Children 2002; www.unicef.org.

WHO, (2000), World Health Report 2000; www.who.org.

World Bank, (2002), World Development Indicators 2002; www.worldbank.org.

قائمة إصدارات جسر التنمية

العنوان	**المؤلف**	**رقم العدد**
الأعداد الصادرة:		
مفهوم التنمية	د. محمد عدنان وديع	الأول
مؤشرات التنمية	د. محمد عدنان وديع	الثاني
السياسات الصناعية	د. أحمد الكواز	الثالث
الفقر: مؤشرات القياس والسياسات	د. علي عبد القادر	الرابع
الموارد الطبيعية واقتصادات نفاذها	أ. صالح العصفور	الخامس
استهداف التضخم والسياسة النقدية	د. ناجي التوني	السادس
طرق المعاينة	أ. حسن الحاج	السابع
مؤشرات الأرقام القياسية	د. مصطفى بابكر	الثامن
تنمية المشاريع الصغيرة	أ. حسان خضر	التاسع
جداول المدخلات المخرجات	د. أحمد الكواز	العاشر
نظام الحسابات القومية	د. أحمد الكواز	الحادي عشر
إدارة المشاريع	أ. جمال حامد	الثاني عشر
الاصلاح الضريبي	د. ناجي التوني	الثالث عشر
أساليب التنبؤ	أ. جمال حامد	الرابع عشر
الأدوات المالية	د. رياض دهال	الخامس عشر
مؤشرات سوق العمل	أ. حسن الحاج	السادس عشر
الإصلاح المصرفي	د.ناجي التوني	السابع عشر
خصخصة البنية التحتية	أ.حسان خضر	الثامن عشر
الأرقام القياسية	أ.صالح العصفور	التاسع عشر
التحليل الكمي	أ.جمال حامد	العشرون
السياسات الزراعية	أ.صالح العصفور	الواحد والعشرون
اقتصاديات الصحة	د.علي عبد القادر	الثاني والعشرون
الأعداد المقبلة:		
أسعار الصرف	د.بلقاسم العباس	الثالث والعشرون
القدرة التنافسية وقياسها	د.محمد عدنان وديع	الرابع والعشرون
السياسات البيئية	د.مصطفى بابكر	الخامس والعشرون

*** للاطلاع على الأعداد السابقة يمكنكم الرجوع إلى العنوان الإلكتروني التالي :**
http://www.arab-api.org/develop_1.htm